

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

N°

118

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert POULAIN

Né le 11 Février 1915, à Aubenton (Aisne)

Présentée et soutenue publiquement le 18 JUIN 1943

SUR UN CAS DE SYNDROME DE KRÜKENBERG

Président : M. FIESSINGER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1943

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **POULAIN.**

Prénoms : **Robert.**

(éventuellement) :

Nom de jeune fille :

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

POULAIN (Robert). — Sur un cas de syndrome de Krükenberg. — *Paris, Lib. Le François, 1943, in-8°, 37 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1943.*
N°).

POULAIN (Robert). — Sur un cas de syndrome de Krükenberg. — *Paris, Lib. Le François, 1943, in-8°, 37 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1943.*
N°).

POULAIN (Robert). — Sur un cas de syndrome de Krükenberg. — *Paris, Lib. Le François, 1943, in-8°, 37 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1943.*
N°).

POULAIN (Robert). — Sur un cas de syndrome de Krükenberg. — *Paris, Lib. Le François, 1943, in-8°, 37 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1943.*
N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **POULAIN.**

Prénoms : **Robert.**

(éventuellement) :
Nom de jeune fille :

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

POULAIN (Robert). — Sur un cas de syndrome de Krikenberg. — Paris, Lib. Le François, 1943, in-8°, 37 p.
(Th. méd. (Et.), Paris, 1943.
N°.)

POULAIN (Robert). — Sur un cas de syndrome de Krikenberg. — Paris, Lib. Le François, 1943, in-8°, 37 p.
(Th. méd. (Et.), Paris, 1943.
N°.)

POULAIN (Robert). — Sur un cas de syndrome de Krikenberg. — Paris, Lib. Le François, 1943, in-8°, 37 p.
(Th. méd. (Et.), Paris, 1943.
N°.)

POULAIN (Robert). — Sur un cas de syndrome de Krikenberg. — Paris, Lib. Le François, 1943, in-8°, 37 p.
(Th. méd. (Et.), Paris, 1943.
N°.)

ANNÉE 1943

N°

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert POULAIN

Né le 11 Février 1915, à Aubenton (Aisne)

Présentée et soutenue publiquement le

SUR UN CAS DE SYNDROME
DE KRÜKENBERG

Président : M. FIESSINGER, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1943

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHALEROL.
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.....	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	PASTEUR-VALLERY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants.....	ROBERT DEBRÉ.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale.....	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies cutanées et syphi- litiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CADENAT.
	MONDOR.
	QUENU.
	BROCC.
	VELTER.
Clinique ophtalmologique.....	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique.....	LEVEUF.
Clinique chirurgicale infantile et ortho- pédie	LOEPER.
Clinique thérapeutique médicale.....	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SENEQUE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	M. VILLARET.
Clinique propédeutique.....	TROISIER.
Clinique de la Tuberculose.....	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a- dulte	DONZELOT.
Clinique cardiologique	CLOVIS VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance Médico-Sociale.....	DOGNON.
Professeurs sans chaire	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale..... BARIETY.
 Pathologie médicale BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Pathologie médicale..... BROUET.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CACHERA.
 Anatomie CORDIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Urologie COUVELAIRE.
 Anatomie pathologique DELARUE.
 Pathologie médicale DELAY.
 Physique DESGREZ H.
 Médecine légale DESOILLE.
 Obstétrique DIGONNET.
 Physique DOGNON.
 Pathologie chirurgicale FEVRE.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK-BRENTANO
 Parasitologie GALLIARD.
 Pathologie médicale..... GARCIN.
 Anatomie pathologique . Mlle GAUTHIER-VILLARS

Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Obstétrique LACOMME
 Obstétrique LANTUEJOUL.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie médicale ... LENEGRE.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Pathologie médicale MARCHAL.
 Pathologie chirurgicale MENEGAUX.
 Pathologie médicale ... MOLLARET.
 Pathologie médicale MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale . PATEL.
 Pathologie chirurgicale .
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale .
 Pathologie chirurgicale . SICARD.
 Pathologie médicale SOULIE.
 Obstétrique SUREAU.
 Pathologie médicale TURPIN.
 Pathologie chirurgicale . WILMOTH.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique GUÉNIOT.
 Pathologie chirurgicale.. HEITZ-BOYER.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.

Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Obstétrique VAUDESCAL.
 Médecine légale..... PIEDELIEVRE.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE. BRULÉ. CHABROL. CHEVALIER. LAROCHÉ G. MOREAU. SEZARY.	} Clinique médicale.	BASSET. GATELLIER. de GAUDART d'ALLAINES MOULONGUET MOURE.	} Clinique chirurgicale
MM. ECALLE VIGNES	} Clinique obstétricale.		

V. — CHARGES DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Stomatologie	DECHAUME.
Puériculture	N...

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

JEAN POULAIN

Lieutenant au 11^e G. R. D. I.

Croix de guerre

tué glorieusement le 10 juin 1940
au Chatelet-sur-Retourne (Ardennes)

A MA MERE

*Qui remplit son immense
tache avec un inlassable dé-
vouement, dans une vie toute
de courage et de sacrifices.*

*Témoignage de mon affec-
tion et de ma reconnaissance.*

A MON FRERE

en captivité

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NOËL FIESSINGER

Professeur de clinique médicale
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse et à qui
nous exprimons respectueuse-
ment nos remerciements.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. RAVINA

Médecin des^{es} Hôpitaux

*Qui m'a inspiré ce travail,
en témoignage de ma profonde
reconnaissance pour l'enseigne-
ment et les conseils qu'il m'a
prodigués.*

A MES MAITRES

A LA FACULTÉ ET DANS LES HÔPITAUX DE LILLE

A MES MAITRES A LA FACULTE DE PARIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR ECALLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CH. RICHET

INTERNAT
A L'HÔPITAL CENTRAL DES PRISONS (FRESNES)

MONSIEUR LE DOCTEUR MASMONTEIL
Chirurgien

MONSIEUR LE DOCTEUR MEUVRET
Médecin-chef

MONSIEUR LE DOCTEUR THOUVENEL
Médecin

MONSIEUR LE DOCTEUR ILL
Oto-rhino-laryngologiste

MONSIEUR LE DOCTEUR BIAGINI
Ophtalmologiste

MONSIEUR LE DOCTEUR LHUERRE
Syphiligraphe

INTRODUCTION

Il nous a paru intéressant de rapporter l'observation d'un syndrome de Krükenberg rencontré dans le service de Monsieur le Dr A. RAVINA, observation particulière par son mode de découverte, par l'importance des métastases pulmonaires cliniquement décelables, et surtout par le diagnostic histologique qui a pu en être fait du vivant de la malade par prélèvement bronchoscopique.

Déjà, parmi les observations publiées dans la littérature chirurgicale, on note que dans 50 % des cas les tumeurs de Krükenberg n'ont pas eu d'expression clinique, le diagnostic ayant été posé à l'occasion d'une autopsie, ou par l'histologiste (CHAVANNAZ : *Revue de chirurgie*, 1935, d'après Mlle GAUTHIER-VILLARS).

En particulier, nous n'avons trouvé aucun cas antérieur dans lequel le diagnostic ait été fait de cette manière.

HISTORIQUE

Nous n'avons pas l'intention de reprendre à l'occasion de cette étude tout l'historique du syndrome de Krükenberg, bien mis au point dans les thèses récentes de Mlle GAUTHIER-VILLARS (Paris, 1927), de VAPTZAROFF (Bordeaux, 1934).

Nous rappellerons seulement que la connaissance des tumeurs gastriques susceptibles de se généraliser et d'atteindre les ovaires s'est faite par étapes.

C'est à Friederich Krükenberg que nous devons en 1895 une première étude de tumeurs ovariennes considérées par lui comme primitives, et remarquables par leur bilatéralité.

D'après cette première description, dans ces tumeurs, les cellules néoplasiques sont isolées au milieu d'un stroma conjonctif très développé, d'aspect sarcomateux ; elles sont arrondies et pourvues d'une gouttelette sphérique de sécrétion muqueuse qui refouie le noyau à la périphérie et leur donne leur aspect caractéristique de cellules « en chaton de bague ».

La nature secondaire de ces tumeurs a été précisée ensuite dans de multiples travaux, notamment ceux de KRAUSE en 1901, de SCHLAGENHAUFER en 1902, étu-

des continuées surtout à l'étranger par LOCKYERT en 1904 ; AMAN, HOFMEIER en 1905 ; STICKEL, ENGELHORN en 1907 ; SITZENFREY, SCHENK en 1909 ; et en France, dans la thèse de LERICHE en 1906 ; la publication de LENORMANT dans la *Presse Médicale* du 29 octobre 1910 ; les travaux de HARTMANN en 1910 et plus récemment, dans les thèses de Mlle GAUTHIER-VILLARS, Paris 1927 ; ASSAILLY, Bordeaux 1930 ; ROUSSELIN, Lyon 1930 ; VAPTZAROFF, Bordeaux 1934.

Il semble aujourd'hui bien établi que ces tumeurs ovariennes sont des localisations métastatiques d'épithélioma de l'estomac ou d'autres portions du tube digestif (thèses de M. METZGER en 1911, de M. BARDY en 1913).

Mlle GAUTHIER-VILLARS a montré (1927) que la description de Krükenberg ne répondait qu'à l'une des variétés morphologiques des métastases ovariennes consécutives aux épithéliomas du tube digestif.

Ces métastases peuvent revêtir en effet deux aspects différents :

— Soit le type tubulé, glandulaire, rappelant la structure de l'épithélioma primitif ;

— Soit le type à cellules mucipares isolées, en chardon de bague.

Certains admettent un troisième type : tumeurs de constitution mixte (VAPTZAROFF ; CHAUVEAU-LÉGER-POULAIN : *Concours médical* du 1^{er}-8-42).

C'est une tumeur du premier type que nous avons trouvée dans l'observation qui fait l'objet de cette thèse.

Nous n'entreprendrons pas au cours de ce compte-

rendu de discuter la pathogénie ou les hypothèses déjà émises sur les voies d'envahissement de l'ovaire :

- voie sanguine ;
- voie lymphatique ;
- voie transpéritonéale directe.

Aussi bien s'agit-il ici d'un cas de généralisation rapide, en faveur peut-être d'une transmission sanguine (hypothèse invoquée anciennement : VIRCHOW).

Mais le diagnostic de syndrome de Krükenberg avec généralisation ne nous paraît amener aucun élément nouveau à ce sujet.

On signale dans la littérature chirurgicale que « les tumeurs de Krükenberg sont souvent associées à d'autres localisations cancéreuses secondaires. Le péritoine... le foie et le poumon contiennent assez souvent des noyaux cancéreux ».

D'autre part, « tous les autres organes peuvent être envahis : poumon, plèvre, rate, etc., on remarque une intégrité particulière du foie ».

Cependant, les métastases multiples relevées chez notre malade paraissent assez rares dans la littérature pour que nous nous y attardions un instant.

Sur 355 observations de tumeurs ovariennes métastatiques à des épithéliomas digestifs, plus 10 observations personnelles de Mlle GAUTHIER-VILLARS (mises à part 90 observations qui ne contiennent aucune précision sur les lésions associées) « le poumon et la plèvre sont signalés 28 fois avec pleurésie hémorragique souvent abondante » (GAUTHIER-VILLARS : *Annales d'Anatomie Pathologique*, 1928).

VAPTZAROFF relève dans sa thèse (Bordeaux, 1934) que la localisation des métastases est, selon P. MOUREAU, la suivante :

Sur 265 cas où les ovaires sont atteints 100 % :

les ganglions gastriques et lombo-aortiques le sont.....	22,6 %
le péritoine	34,2 %
le foie	11 %
le <i>poumon et la plèvre</i>	10,5 %
l'intestin	5 %

Les cas de généralisation pulmonaire sont relativement rares. En voici quelques exemples pris dans les 26 observations publiées par VAPTZAROFF :

Obs. XVI : un épanchement pleural « probablement dû à une métastase ».

Obs. XIX : « la malade accuse des douleurs rhumatismales dans la région de la colonne dorsale et au niveau de l'omoplate droite... terminé par des « symptômes de complications métastatiques multiples ».

Obs. XXII où l'on trouve des signes respiratoires : malade qui « commence à tousser et maigrit, elle fait une cure sanatoriale. A ce moment, elle présente un état subfébrile persistant. La radioscopie révèle quelques marbrures des deux champs pulmonaires et une diminution de la transparence des sommets. La recherche des B. K. se montre négative.

Quelques temps après sa sortie du sanatorium, elle est prise de douleurs abdominales qui l'engagent à venir consulter... ».

Il n'est plus question ensuite des signes respiratoires, il n'y a pas de résultat d'autopsie, mais sans doute rien ne permet d'affirmer qu'il y ait eu ici métastase pulmonaire.

Obs. XXIII : par contre, pas de signes cliniques respiratoires, mais à l'autopsie :

« *Thorax* : à la partie supérieure du médiastin, derrière la fourchette sternale, existe une masse de tissu homogène blanc nacré, dur, criant sous le couteau, se prolongeant avec la masse sus-claviculaire, et adhérent au tégument de cette région.

Les poumons sont libres d'adhérences ; des deux côtés, le lobe inférieur présente une surface sur laquelle saille un réseau blanc assez fin, avec des mailles de quelques millimètres de largeur. A la coupe, ces régions sont constituées par une masse atélectasiée, d'aspect musculaire, bourrée d'une infinité de petits nodules blanchâtres.

Examen histologique :

Poumon : semis de nodules cancéreux, dont un certain nombre occupe la lumière des lymphatiques. Les nodules cancéreux, s'ils ont la même structure que ceux de l'ovaire et de l'estomac, sont remarquables par le nombre important des cellules « en chaton ».

En résumé, les métastases pulmonaires au cours des syndromes de Krükenberg ne paraissent avoir été constatées jusqu'ici que fortuitement, lors des autopsies.

OBSERVATION

Mme B..., âgée de 40 ans, employée à la S. N. C. F. entre dans le service le 1^{er} juillet 1942 pour asthénie très marquée, amaigrissement important : 18 kilos depuis octobre 1941, enfin pour toux et expectoration.

Le début des troubles remonte au mois d'octobre 1941, marqué par :

des douleurs au niveau de l'hémithorax gauche, douleurs en ceinture, irradiant vers l'épaule et le bras, intenses, persistantes, non calmées par les analgésiques habituels.

A ce moment également, la toux et l'expectoration ont été remarquées, expectoration peu abondante, surtout muqueuse.

Il n'y a pas de fièvre.

Au mois de novembre 1941, un examen radioscopique de contrôle fait à la S. N. C. F. aurait montré une image thoracique normale.

Depuis, les douleurs thoraciques se sont progressivement et spontanément atténuées et ont disparu, mais l'asthénie et l'amaigrissement ont augmenté.

En outre, la malade a vu survenir quelques troubles digestifs :

- anorexie progressive pour tous les aliments ;
- nausées et parfois vomissements ;
- vagues douleurs dans la région épigastrique, sans horaire précis ;
- enfin, quelques épisodes diarrhéiques.

Mais dans le même temps, et c'est un symptôme qui a beaucoup retenu l'attention de la malade, une aménorrhée complète est survenue depuis mars 1942. Cette absence de règles, jointe aux quelques troubles digestifs déjà mentionnés, a fait naître l'hypothèse d'une grossesse à son début, et Madame B. a pratiqué à deux reprises une tentative d'avortement.

Cette particularité est signalée d'ailleurs plusieurs fois dans la littérature médicale où l'on a même pu relever quelques cas d'erreurs de diagnostic par confusion d'une tumeur ovarienne avec un utérus gravide.

A l'examen, le 1^{er} juillet 1942, nous nous trouvons en présence d'une malade pâle et amaigrie, très lasse, qui continue de tousser et de cracher. Rappelons que ce sont ces symptômes qui amenèrent Mme B. à consulter dans un service de voies respiratoires.

L'examen pulmonaire montre une submatité du sommet droit, avec à ce niveau un gros souffle rude à prédominance inspiratoire.

Il n'y a pas de modifications cliniques à gauche.

L'auscultation du cœur fait entendre des bruits réguliers.

La tension artérielle est à 10 1/2-5.

Les troubles respiratoires accusés par la malade ne donnant lieu qu'à un minimum de signes stéthocoustiques ; on décide de pratiquer une radioscopie, puis une radiographie pulmonaire qui montre :

Dans le champ pulmonaire droit, une opacité diffuse de tout le lobe supérieur, et de tout le lobe moyen droits.

A gauche, opacité de même aspect, arrondie, comme dessinée au compas.

Dans le reste du champ pulmonaire et dans les zones condensées, on note la présence de nombreuses opacités nodulaires.

Ces images médiastinales et paramédiastinales laissent penser à une atelectasie.

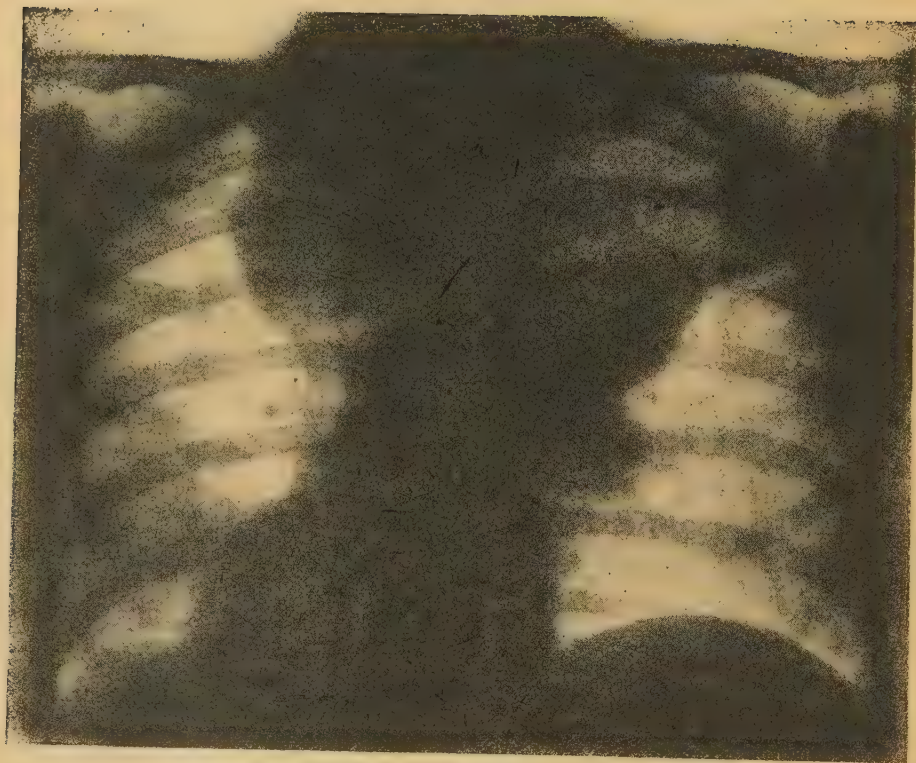
Devant cet aspect qui éveille l'idée d'une obstruction bronchique, on fait faire des clichés de profil qui viennent préciser la topographie des lésions.

Ces *Radios de profil* montrent en effet, en position O A D, une opacité homogène juxtavertébrale dans la moitié supérieure du poumon, se prolongeant dans le lobe inférieur où se trouve un nodule du volume d'une grosse noix.

En position O A G, l'opacité est plus diffuse et occupe plutôt la partie inférieure du parenchyme, avec de nombreux petits nodules.

Dès ce moment, l'hypothèse de cancer du poumon est envisagée et bientôt confirmée par l'examen clinique complet de la malade.

En effet, l'abdomen se révèle dur, tendu, résistant; la palpation est douloureuse dans les deux fosses iliaques.



Le foie ne paraît pas augmenté de volume, la rate n'est pas palpable.

Mais on sent dans la région épigastrique, sous l'appendice xiphoïde, une masse infiltrée, avec, semble-t-il, une masse arrondie. On ne constate pas la présence de ganglions dans aucun territoire, ni sus-claviculaire, ni axillaire, ni jugulaire, ni inguinal.

Nous nous trouvons donc très probablement en présence d'une tumeur du poumon, secondaire à un cancer de l'estomac. Ce diagnostic sera en effet confirmé par la radiographie stomacale dont on lira les résultats par ailleurs, et surtout par une bronchoscopie et un prélèvement intrabronchique qui nous donna en même temps la preuve histologique.

Poursuivant l'examen, la notion de troubles des règles conduit à pratiquer un toucher vaginal qui amène de nouvelles constatations : on sent un utérus peu volumineux et dévié à droite. Le col est dur, fermé. Dans le cul-de-sac gauche, on trouve une masse arrondie et dure, du volume d'une mandarine.

Nous étions ainsi amepés naturellement à envisager cet ensemble clinique comme un cas de métastases multiples faisant repasser le syndrome pulmonaire au second plan, derrière le syndrome décrit sous le nom de maladie de Krükenberg.

Des examens complémentaires n'ont apporté aucun élément nouveau :

l'examen neurologique est négatif.

Dans les antécédents, il n'y a rien à signaler, la malade n'a jamais eu d'enfant, n'a pas fait de fausse-couche.

Les urines sont normales, ni sucre, ni albumine. L'urée est à 0,25.

Une réaction de Bordet-Wassermann se montre négative.

La numération globulaire a donné des chiffres sensiblement normaux, avec légère anisocytose.

Une ponction sternale a montré un myélogramme sans cellules anormales.

RADIOGRAPHIE DE L'ESTOMAC

En position debout, elle montre une encoche persistante au niveau de la partie supérieure de la grande courbure. Une zone de rigidité se manifeste à ce niveau (zone en équerre). On ne découvre pas d'encoche spasmodique en face.

En position couchée, aspect marécageux, avec défaut d'injection de la région de la grosse tubérosité.

L'examen après lavement baryté montre que l'injection se fait jusqu'au cœcum ; il y a abaissement de l'angle splénique et ptose du côlon transverse.

BRONCHOSCOPIE

Une bronchoscopie est pratiquée le 9 juillet 1942 dans le service du Dr MOULONGUET et permet les constatations suivantes :

Dès que l'éperon trachéal est visible, on aperçoit à la partie toute supérieure de la bronche droite — et

confirmant l'image d'atelectasie — une masse tumorale qui rétrécit considérablement la lumière de cette bronche.

Cette masse, bourgeonnante, irrégulière, sphacélique par endroits, est grosse comme une noisette un peu aplatie. Elle s'insère sur l'éperon d'origine de la bronche lobaire supérieure droite. Elle saigne légèrement au contact. Enfin, elle est tellement exubérante qu'elle est mobile avec les mouvements respiratoires, sans toutefois bloquer la bronche souche en inspiration. En expiration, par contre, elle semble combler l'orifice de la bronche supérieure.

Une biopsie est faite, qui enlève la presque totalité de la partie visible de la tumeur.

L'état général de la malade, stationnaire depuis son entrée dans le service, restait assez satisfaisant, au point qu'on envisageait même d'entreprendre un traitement radiothérapique.

Mais une aggravation brutale se produit, la toux et l'oppression augmentent, la malade s'affaiblit rapidement et en quelques jours la mort survient, le 25 juillet 1942, au milieu de phénomènes dyspnéiques et dans un état cachectique.

L'autopsie est faite le 26 juillet et permet de constater les lésions suivantes :

Dans les deux poumons, noyaux diffus très abondants, de la taille d'une pièce de 2 francs, d'aspect jaunâtre. On note un noyau plus important à la partie supérieure du poumon gauche.

A droite, de gros bourgeons envahissent la bronche lobaire supérieure droite à sa partie moyenne, le

reste du parenchyme pulmonaire présente un aspect densifié.

On remarque en outre une tuméfaction au niveau de la face postérieure des côtes et du plastron sternal.

L'examen de l'estomac montre une tumeur développée au niveau de la grande courbure et surtout de la partie postérieure de la grosse tubérosité, tumeur adhérente aux plans profonds.

Au niveau du foie, on remarque l'existence de noyaux.

Les reins sont indemnes.

Les ovaires sont tous deux augmentés de volume. L'ovaire gauche présente une tuméfaction de la taille d'une mandarine, l'ovaire droit une tumeur de volume moindre.

On n'a pas découvert d'ascite.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Fragments retirés par bronchoscopie.

La plus grande partie de ces débris apparaît, sur les coupes pratiquées, constituée par un tissu mortifié ; sur l'un d'entre eux, on reconnaît un lambeau de bronche normale, avec des groupes de glandes sous-muqueuses très riches en mucine ; un autre fragment est envahi par un épithélioma formé de cellules cylindroïdes, occupées par un noyau arrondi ou ovoïde, assez fortement teinté par les basiques, parfois en mitoses anormales. Pressées les unes contre les autres, souvent déformées par pression réci-

proque, ces cellules constituent des sortes de strates épaisses, ou des cordons trabéculaires, ou des végétations soutenues par un axe conjonctif plus ou moins épais, dessinant des figures de certains papillomès. Sur le fragmen envahi, les colorations de mucine sont restées négatives.

Poumon.

Le fragment prélevé est, dans une région, envahi par un épithélioma formé de cellules dont l'aspect est plus cubocylindrique que dans la bronchoscopie, même affinité tinctoriale basique, mitoses assez rares.

Le poumon, dans ces régions envahies, est totalement détruit, occupé par des amas de cellules creusées de petites cavités ; souvent ces amas, qui pourraient représenter le volume d'un alvéole pulmonaire, sont séparés par une mince cloison conjonctive. Ce tissu conjonctif s'amplifie cependant dans des régions et arrive à former des tractus assez épais qui découpent ces plages tumorales. Des bronches assez importantes sont comblées par des bourgeons cancéreux, des touches de mortification apparaissent par places.

Le poumon périphérique, non détruit par le cancer, montre ses cavités aériennes remplies de sang, d'œdème et de grosses cellules à poussières tatouées de suie. La masse tumorale qui refoule le poumon n'en est séparée par aucune cloison et l'on peut voir, semés dans l'œdème, de petits îlots néoplasiques. Ces cellules tumorales ne contiennent pas de mucine.

L'ovaire apparaît très largement pénétré par un épithélioma où les cellules cylindriques sont mieux

précisées ; plus élevées que dans le poumon, elles forment des végétations arborescentes très hautes, soutenues par des axes conjonctifs plus ou moins épais.

Les colorations au muci-carmin les montrent dépourvues de mucine.

Le rein est normal.

CONCLUSION

Nous avons rapporté un cas de syndrome de Krükenberg dont l'aspect histologique était celui d'un épithélioma tubulé banal, mais son intérêt vient de l'importance clinique des métastases pulmonaires, réalisant les premiers symptômes et annoncées tout d'abord par des douleurs au niveau d'un hémithorax, puis par de la toux et des phénomènes dyspnéiques qui avaient amené la malade à consulter dans un service de voies respiratoires ; d'autre part de la bronchoscopie qui a permis de constater du vivant de la malade la présence de bourgeons néoplasiques intrabronchiques et de déceler la présence d'un épithélioma glandulaire.

En effet, les signes cliniques habituellement décrits sont de trois types :

- troubles digestifs ;
- troubles génitaux et tumeurs pelviennes ;
- troubles digestifs et génitaux à la fois.

Qu'en retrouvons-nous ici ? Les troubles digestifs existaient, mais discrets, n'étaient pas au premier plan : une anorexie progressive, mais qui n'avait pas particulièrement attiré l'attention ;

Des nausées et parfois des vomissements, quelques vagues douleurs.

Les troubles génitaux se présentaient comme une aménorrhée banale, ou tout au moins physiologique ou supposée telle.

Donc à la fois troubles digestifs et génitaux dont on peut penser qu'ils auraient amené un diagnostic facile à la suite de l'examen clinique qu'ils auraient pu provoquer, mais dont la bénignité même ne parvenait à alarmer la malade que de la crainte d'une grossesse, fait courant en matière de tumeurs de Krükenberg : « très souvent les malades se croient enceintes, évoquant comme arguments l'aménorrhée, les vomissements et le gros ventre ».

L'intérêt particulier de notre observation réside donc dans la prédominance marquée de troubles non pas digestifs ou génitaux, mais bien respiratoires, et qui, loin de risquer d'égarer le diagnostic, ont permis au contraire de le préciser, de l'affirmer.

Vu : le Doyen de la Faculté,
BAUDOUIN.

Vu : le Président de thèse,
FIESSINGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
Gilbert GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

Jusqu'en 1935, consulter les principaux ouvrages suivants :

GAUTHIER-VILLARS (Mlle). — *Thèse Paris*, 1927.

VAPTZAROFF. — Contribution à l'étude des tumeurs de Krükenberg. (*Thèse Bordeaux*, 1934-1935).

CHAVANNAZ. — Les tumeurs de Krükenberg. (*Revue de chirurgie*, juin 1935).

Depuis 1935 :

AIELLO (R. J.). — Tumor metastasico de ovario de origen gastrico à proposito de los rumores de Krükenberg. (*Semana méd.*, 1 : 787-791, avril 6, 1939).

ALFIERI (E.). — Grosso tumore ovarico bilatérale (tipo Krükenberg) secondario a carcinoma gastrico con metastosi intraparietali nel corps e nel collo dell' utero. (*Atti. Soc. Ital. di ostet e ginec.*, 36 : 57-67, janvier-février 1940).

ARMSTRONG (M. V.), WOLFE (S. A.). — Tumeur Krükenberg de l'ovaire. (*An. j. of. obst. gyn.*, juin 1934, *Rev. Journal de Chirurgie*, n° 3, 1935).

CHAUVEAU, LÉGER, POULAIN. — Considérations sur une volumineuse tumeur de Krükenberg (suite et fin). (*Le Concours Médical*, n° 31-32, p. 650-652, 10 août 1942).

BICUDO NETTO. — Tumeur de Krükenberg. (*Rev. Brasil D. Cir. Rio de Janeiro* 4 : 10, octobre 1935).

BITTMANN (O.). — Sur les tumeurs de Krükenberg. *Arch. für Klinische chirurgie*, T. 198, Fasc. 1-2, 5 février 1940, p. 103-141. 15 fig. Analyse in : *Journal de Chirurgie*, t. 56, n° 5, novembre 1940, p. 358).

BIZARD, MALATRAY, DRIESSENS. — Tumeurs de Krükenberg. (*Soc. de Méd. du Nord*, mars 1935. In : *l'écho Médical du Nord*, n° 20, 1935).

BUD (G.). — Case of Krükenberg tumor acne papulosa preeclampsia and focal infection in pregnant woman. (*Orvosi Hetil*, 79 : 146-149, féb. 9. 1935).

CABANES. — Tumeur de Krükenberg, gastrectomie et à long intervalle, hystérectomie totale. (*Société de Chirurgie d'Alger*, séance du 7-11-1941. In : *Algérie Médicale* (chir.), n° 154, p. 76-77, février 1942).

CASTANO (C. A.). — Tumor de Krükenberg. (*Bol. Soc. de Obst. y Gynec. de Buenos-Ayres*, 19 : 331-343, 6 july 1940).

CELENTANO (P.). — Esistono tumori di Krükenberg primitive. (*Arch. di Ostet e Ginec.*, 42 : 731-756, novembre 1935).

CHAUVEAU, LÉGER, DOMFRONT, POULAIN. — Considérations sur une volumineuse tumeur de Krükenberg. (*Le Concours Médical*, n° 30, p. 625, 1^{er} août 1942).

- CHI (C. K.). — Large fibroma of ovary with abdominal pain simulating twisted ovarian cyst report of case. (*Chinese M. J.*, 49 : 767-770, aug. 1935).
- CLERENS (A.). — A propos d'un cas de tumeur de Krükenberg. (*Société Belge de Chirurgie*, Séance du 29 janvier 1938. In : *Bruxelles Médical*, 13 mars 1938, p. 657).
- CLÉRENS (J.). — A propos d'un cas de tumeur de Krükenberg. (*Soc. de Chirurgie et Annal. de la Soc. Belge de Chirurg.*, 37-35-47,48, janvier 1938).
- CROTTY (J. G.), WOOD (P. H.). — Krükenberg tumor report of case with biopsy of primary focus. (*J. Med.*, 20 : 539-542, février 1940).
- CROUSSE (R.). — Les tumeurs de Krükenberg. (*Soc. Belge de Gynec. et Obst.*, Sce. du 5 janv. 1935. In : *Bruxelles Médical*, n° 12, 20 janvier 1935).
- CROUSSE (R.), DUPONT (A. D.). — Les métastases ovariennes des épithéliomas digestifs. Tumeurs de Krükenberg. (*Bruxelles Médical*, n° 34, 23-6-1935).
- CROUSSE (R.) et DUPONT (A.). — Les métastases ovariennes des épithéliomas digestifs. Tumeurs de Krükenberg. (*Bruxelles Médical*, n° 33, 16 juin 1935).
- CROUSSE (R.), DUPONT (A.). — Contribution à l'étude du syndrome de Krükenberg. Epithéliomas digestifs métastasés à l'ovaire. (*Journ. Belge de Gastro-entérol.*, T. 2, n° 9, Novembre 1934, p. 601-634. In : *Presse Médicale*, n° 33, 24-4-1935).

CROUSSE (R.), DUPONT (A.). — 20 observations de tumeurs de Krükenberg. (*J. de Chir. et Ann. Soc. Belge de Chirurgie*, 37 : 35-36. 46, janvier 1938).

DELANNOY (E.), DRIESSENS (J.), DEMAREZ (R.). — Tumeurs de Krükenberg secondaire à un épithélioma gastrique). *Réunion Obst. de Lille*, séance du 27 mai 1936. In : *Bull. Sté d'Obst. et Gynéc.*, novembre 1936).

FENNEL. — Tumeur de Krükenberg. (*The Amer. Journ. of Surg.*, 30 : 2, novembre 1935).

FERNANDEZ-RUIZ. — Un cas de tumeur de Krükenberg de l'ovaire. (*Revista espanola Madrid*, An 17 : n° 3, mai-juin 1935).

FLORENTIN (P.), GUILHEM (P.), LAZORTES (G.). — Tumeur de Krükenberg avec lymphangite néoplasique étendue et propagation au col utérin. (*Soc. d'Obst. et Gynéc. de Toulouse*. Séance du 5 février 1941. In : *Toulouse médical*, n° 2, p. 101-107, 1-15 février 1941).

GUIBAL (J.), LOUYOT (J.), BEAU. — A propos des tumeurs dites de Krükenberg. *Réunion Obst. et Gynéc. de Nancy*, sce du 23 décembre 1938. In : *Bull. de la Soc. de Gynéc. et Obst. de Paris* n° 2, p. 116, février 1939).

GUSMAO (R. V. M.). — Tumor de Krükenberg. (*Rev. de Gynéc. et d'Obst.*, I : 318-33, mars 1938).

HALBRON (P.), LENORMAND (J.), SAIS (M.). — Cancer du côlon transverse avec dolichoc, côlon pelvien et tumeur de Krükenberg. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 53 : 945-950, 5-7-1937).

HARMS (C.). — Über einen Krükenberg tumor dessen diagnose aus einer probeexzision der portio gestellt werden konnte. (*Zentralbl. f. Gynak.*, 60 : 25-27, 4 janvier 1936).

HARNES (Christian). — Considérations sur une tumeur de Krükenberg dont le diagnostic a pu être établi par une biopsie du col utérin. (*Zentralbl. für ginek.* (Berlin) 4 janvier 1936. In : *Revue Française de Gynec. et d'Obst.*, n° 10, octobre 1936).

HIJANIDES (E.). — Tumeur secondaire des ovaires, tumeur de Krükenberg. (*Sté Hellénique de chirurgie*, séance du 24-5-1938. In : *Arch. Balkaniques de Médecine, Chirurgie et leurs spécialités*, n° 1, janvier-février 1940).

IARCHO (I.). — Ovarian Krükenberg tumors. (*Am. J. Surg.*, 41 : 538-564, septembre 1938).

KLEINE. — La fréquence des tumeurs de Krükenberg. (*Zentralbl. für Gynakologie* (Leipzig), an 63, n° 37, 16 septembre 1939).

KLEINE (H. O.). — La fréquence des tumeurs de Krükenberg. (*Zentr. für Gynak.*, n° 37, p. 2054-2057, 16 septembre 1939. In : *Journal de Chirurgie*, T. 58, n° 1, p. 72, 1941-1942).

LUBIN (S.), POLAYES (S. H.). — Tumeur de Krükenberg avec envahissement de l'appendice. (*Amerc. Journ. of. Obst. et Gynec.*, vol. 39, n° 5, 5 mai 1941. In : *Journal de Chirurgie*, t. 57, n° 1, 1941).

LUBIN, POLAYES. — Tumeur de Krükenberg avec envahissement de l'appendice. (*Amer. journ. of obst. et gynec.* Col. 39, n° 5, mai 1940).

MASSON (J. C.). — Tumeur de Krükenberg de l'ovaire.
(*Am. J. of Obst. Gynec.*, n° 6, juin 1934). In : *Journal de Chirurgie*, n° 3, 1935).

MONDOR (H.), GAUTHIER, VILLARS (P.), MONSAIGEON. —
Cancers multiples. Tumeur de Krükenberg, envahissement néoplasique d'un fibrome. (*Ann. d'Anat. Path.*, 15 : 932-935, nov. 1938).

MOUSERRAT (C.). — Diffuse carcinoma of stomach (linitis plastica) with secondary Krükenberg tumor of ovary. (*J. Philippine M. A.*, 20 : 75-78, feb. 1940).

MOSSA MAIA, DUEK (H.). — Tumor de Krükenberg. (*Rev. de Gynec. e d'Obst.*, I : 292-314, mars 1938).

MULLER (H. G.). — Einseitiger Krükenberg tumor. (*Monatsch f Geburtsch u Gynak.*, 99 : 348-452, july 1935).

NAVAK (Emil) et GRAY (L. A.). — Tumeurs de l'ovaire dites de Krükenberg. Etude clinique et pathologique de 21 cas. (*Surger. Gynecology and obst.*, février 1938. Analyse in : *La Gynécologie*, p. 500, août 1939).

NOGUER-MORE (S.). — Carcinomatosis cutanea metastasica consécutive a la enfermedad de Krükenberg. (*Actas dermosif*, 27 : 894-904, may 1935).

NOVAK (E.), GRAY (L. A.). — Tumeurs ovariennes de Krükenberg, étude clinique et pathologique de 21 cas. (*Surg. Gynec. and Onst.*, vol. 66 : n° 2, 1^{er} février 1938, p. 156-166. In : *Journal de Chirurgie*, T. 52, n° 4, octobre 1938).

NOVAK (E.), GRAY (L. A.). — Tumeur de Krükenberg. (*Surg. Gynec. and Obst.*, février 1938. In : *Rev. Franç. de Gynec. et Obst.*, n° 3, 4 mars-avril 1940, p. 122).

PALLAZO (R.), TACHELLA (A. O.), COSTA. — A proposito de los tumores de Krükenberg. Métastasis cutanea de un carcinoma gastrico con les características celulares en sortija. (*Rev. Sud. Am. de Endocrin.*, 19 : 248-263, april 15, 1936).

PERREIROS. — La maladie de Krükenberg étude de deux cas considérations sur son mécanisme étio-pathogénique. (*Médecina espanola*. An., t. 6, n° 32, septembre 1941, p. 214).

PETRIGNANI. — Torsion tubaire et torsion aiguë d'une tumeur de Krükenberg. (*Sté de Méd. et de Chirurgie de la Rochelle*, octobre-novembre 1937. In : *L'actualité Médico-Chirurgical*, n° 7, p. 252, octobre 1938).

PHILLIPS (C.). — Abdominal carcinomatosis Krükenberg tumor type. (*South M. J.*, 30 : 873-876, septembre 1937).

PUHR (L.). — Beitrag zur pathogenese des Krükenberg tumors. (*Monatschr f. Geburtsh u Gynak*, 99 : 229-239, May 1935).

VICTOR RODRIGUEZ (F.). — Tumor de Krükenberg. (*Ann. Brasil de Gynec.*, II : 107-120, janvier 1941).

ROUSSEAU. — Recherches sur la pathogénie de l'épithélioma de Krükenberg. (*Thèse de Médecine de Toulouse*, 1941. In : *Gazette Médicale*, n° 29, p. 352, 1^{er} septembre 1942).

SACCONE (A.), GORDON (S.). — Sul cosiddetto tumore ovarico di Krükenberg. (*Rinasc. Méd.*, 12 : 7-8, 15 janvier 1935).

SANTY, ROUSSELIN, MATHIEU. — A propos des tumeurs de Krükenberg. (*Lyon Chirurg.*, 35 : 236-238, mars-avril 1938).

SCHMID. — Tumeurs de Krükenberg et autres tumeurs métastatiques de l'ovaire. (*Zentr. für. Chirurg.* (Leipzig). An 65 : n° 35, 27 août 1938).

SIMECKOVA (A.). — Métastatic Krükenberg tumor. (*Ceskoslov. Gynak.*, 16 : 222-223, 1937. In : *Casop. lek. Cesk.*, 79 : 957-960, 11-6-1937).

TOMASI (L.). — Di un caso di tumore di Krükenberg. (*Clin. Oste.*, 39 : 556-565, octobre 1937).

VOTTA et ARRILLAGA. — Tumeur de Krükenberg (unilatérale) (*La Prensa Médica Argentina*, p. 1636, 25 août 1937).

WALTER UHLMANN. — Sur la question des métastases carcinomateuses dans l'ovaire avec des considérations particulières sur les tumeurs dites de Krükenberg. (*Arch. für Gynak.*, fasc. 2, 24 février 1939. In : *Journal de Chirurgie*, n° 2, février 1940).

WATRIN, VERMELIN, CHALNOT. — Tumeurs de Krükenberg au cours de la gestation. (*Bull. Soc. Gynéc. Obst.*, 28 : 37-40, janvier 1939).

WENDT (F.). — Krükenberg tumors complicating pregnancy. (*Svenska lak Tidning*, 32 : 51-56, janvier 11 1935).

WOODALL. — Tumeur de Krükenberg. (*Arch. of Surgery*, vol. 38, n° 1, janvier 1939).

WOTSCHACK. — Tumeur de Krükenberg de l'ovaire. (*Zentralbl. für Chirurg.* (Leipzig). An 63, n° 35, 29 août 1936).

ZIÉNKIEWICZ. — Les tumeurs de Krükenberg. (*Polska Gazeta Lekarska*, p. 244, 29 mars 1936).

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, bd St-Germain, Paris
